

„Herausforderung“ Sexualität im Pflegealltag
Peter Offermanns, Dipl. Pflegewirt (FH)

Guten Tag meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich möchte meinen heutigen Vortrag **„Herausforderung“ Sexualität im Pflegealltag** mit einem Zitat beginnen:

«Ich möchte dieses Tabu brechen – mich einer Erkrankung zu schämen. Warum sollten wir uns wegen des physiologischen Ausfalls von Gehirnzellen mehr schämen als wegen des physiologischen Ausfalls irgendeines andern Körperteils? Wir sind nicht irre, sondern krank, weshalb wir bitten, unsere Würde zu achten, sich nicht über uns lustig zu machen und sich nicht für uns zu schämen. Vielleicht breche ich eines der letzten Tabus, wenn ich öffentlich sage: **«Ich habe Demenz!»** Dieses Zitat habe ich dem „Demenz-Buch“ von Carol Bowlby Sifton entnommen, das 2008 im Huber bzw. Hogrefe Verlag erschienen ist.

Herausforderung Sexualität! Ist das wirklich eine Herausforderung oder machen wir Sexualität nur dazu?

Die **WHO** (Die Weltgesundheitsorganisation) **definierte** 2006 Sexualität wie folgt: **ich zitiere**: «Sexualität ist ein zentraler, lebenslang wirksamer Aspekt des menschlichen Lebens. Sexualität umfasst Sex, Gender (damit ist die Geschlechtsidentität des Menschen als soziale Kategorie gemeint, z.B. im Hinblick auf seine Selbstwahrnehmung, sein Selbstwertgefühl oder sein Rollenverhalten), dann weiter **Identität**, sexuelle Orientierung, Erotik, Vergnügen, **Intimität** und Reproduktion». **Zitat Ende**

Wie wir sehen, hat Sexualität also ganz viele Facetten und ist nicht nur auf Erotik oder sexuelle Handlungen ausgelegt.

„Sexualität ist ein von der Geburt bis zum Lebensende andauerndes Grundbedürfnis des Menschen.“
(Hajjar et al. 2004)

Ein Grundbedürfnis also wie Essen, Trinken, und Schlafen! Und gerade die drei letztgenannten Grundbedürfnisse haben in der Pflege, wie wir alle wissen, einen hohen Stellenwert. Wir sorgen dafür, dass diese Grundbedürfnisse bei den Menschen, die wir betreuen, die wir pflegen, befriedigt werden. Wir führen sogar Listen, die belegen, dass Frau A. und Herr L. ausreichend gegessen und getrunken haben und welches Lieblingsgericht oder -getränk wir zubereitet haben, um dies zu ermöglichen. Und ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus wird ebenfalls dokumentiert und ggfs. auch kommentiert.

Wir führen jedoch **keine** Listen, ob das Grundbedürfnis Sexualität bei Frau A. und Herr L. befriedigend belegt werden kann. Das wäre vielleicht auch ein Angriff auf die Privatsphäre des jeweiligen Menschen. Und über Sexualität in diesem Zusammenhang zu reden ist dann ja vielleicht auch ein Tabu.

Grundbedürfnisse haben daher anscheinend unterschiedliche Stellenwerte: Essen, Trinken und Schlafen sind transparente Bedürfnisse, über die offen gesprochen werden kann: in der Dokumentation, in der Übergabe, in einer Fallbesprechung.

Sexualität, Intimität, Identität scheinen da doch noch eher tabuisiert zu werden. Eher mit einem verschämten Lächeln bedacht, unangenehm belächelt und manchmal auch offen verachtet und verurteilt.

Weshalb ist das so?

Erfahrungen in Bezug auf Sexualität sind sehr gebunden an kulturelle oder religiöse Überzeugungen. Der Umgang mit Sexualität ist deshalb sehr unterschiedlich. Die eigene **Einstellung zur Sexualität** hängt von den eigenen **Erfahrungen mit Sexualität** ab.

Maßgebend für uns ist jedoch die **ethische** Bewertung von **Sexualität** hier in diesem Land. (*Wenn wir Menschen anderer Kulturkreise pflegen, sollten wir uns kundig machen, wie der «generelle» Umgang mit Sexualität im entsprechenden Kulturkreis ist und dementsprechend geschlechtsspezifisch pflegen.*)

Als Pflegekraft muss ich ebenfalls wissen, dass Sexualität **nicht** nur und **nicht** immer **Heterosexualität** bedeutet. Ich kann und ich muss davon ausgehen, dass es unter den Menschen, die ich pflege, schwule Männer gibt, lesbische Frauen, bisexuelle, transsexuelle oder intersexuelle Personen.

„Herausforderung“ Sexualität im Pflegealltag
Peter Offermanns, Dipl. Pflegewirt (FH)

Sexuelle Identität ist etwas, was uns als **Person** ausmacht, was unsere Beziehungen, Emotionen, unsere Intimität, unsere Erfahrung und unser Selbstbild prägt. Ob wir das nun wollen oder nicht – wir sind durchdrungen von Sexualität in ihren ganzen Facetten.

In der **personenorientierten** Demenzpflege spielt somit die **sexuelle Orientierung** eine wichtige Rolle.

Es ist also wichtig für die Pflege, etwas über die sexuelle Orientierung der Klienten zu wissen und **nicht Heterosexualität gedankenlos vorauszusetzen**. Und das tun wir meistens.

Bei den ersten Gesprächen mit neuen Kunden kann sensibel z.B. nach der wichtigsten Person im Leben gefragt werden. **Und wichtig! Sexualität hört nicht mit dem Alter auf!!!**

Für viele ältere Menschen ist Sexualität jedoch noch ein Tabuthema, unter anderem aufgrund gesellschaftlicher Bedingungen in ihrer Prägezeit → Kindheit – Jugend – Herkunftsland.

Unwissenheit und Vorurteile über Sexualität überhaupt und im **Besonderen** Sexualität im Alter, können in der Altenpflege zu Missverständnissen führen, wodurch die Beziehung „Pflegekraft – Klient“ belastet wird.

Das sexuelle Verhalten ist bei jedem alten Menschen anders und ein bedeutsames Thema, auch wenn Alterssexualität gleichzeitig in der Gesellschaft fast verleugnet wird und alte und/oder kranke Menschen als asexuell angesehen werden. Das ist in der Pflege kaum anders.

In der Pflege erinnert uns die Sexualität der zu Pflegenden an die Sexualität der Elterngeneration und der eigenen Eltern – ein Tabu für uns. Und zusätzlich werden wir mit den eigenen Vorurteilen, der eigenen (In-)Toleranz und der eigenen Sexualität konfrontiert. Das kann mitunter sehr schwierig sein, weil wir nicht wissen, wie wir damit umgehen sollen. Und wir das auch nicht in der Ausbildung gelernt haben.

Pflegende und auch Angehörige stehen hier vor einem Dilemma. Wir müssen gemeinsam den Mut haben, ein Tabu zu brechen und darüber zu reden. Wir müssen akzeptieren, dass alte und hochbetagte Menschen noch über sexuelle Bedürfnisse nachdenken und sexuelle Handlungen ausführen. Menschen mit Demenz sind da natürlich keine Ausnahme – weshalb auch? Unser Dilemma besteht auch darin, dass **wir**, also die Pflegenden / die Angehörigen, ebenfalls Menschen **unserer** Zeit sind, mit all unseren Vorurteilen, unserer (In-)Toleranz und den moralischen Werten unserer Prägezeit. Zudem arbeiten in der Pflege auch Menschen anderer Kulturkreise, in denen über Sexualität eher nicht gesprochen wird und in denen z.B. homosexuelle Menschen der gesellschaftlichen Verachtung ausgesetzt sind oder auch zum Tode verurteilt werden. Das macht die Diskussion mit dem Thema nicht leichter.

In der Pflege arbeiten wir im wahrsten Sinne des Wortes „haut- und körpernah“ mit Menschen.

Wir sind verpflichtet, (Vor-)Urteile in Frage zu stellen!

Unsere Erfahrung in der Pflege mit alten, hochbetagten und demenziell erkrankten Menschen zeigt, dass eine gesellschaftlich geforderte Moral nichts mit der gelebten Realität zu tun hat.

Ich möchte das an einem Beispiel aus der Praxis erklären und dazu eine Geschichte erzählen, die ich vor ein paar Jahren so erlebt habe.

Anfang

„Ein Ehepaar (Herr und Frau Weber - den Namen habe ich natürlich geändert - zogen gemeinsam in eine von uns (dem Pflegedienst, für den ich damals gearbeitet habe) versorgte WG für demenziell erkrankte Menschen ein. Zu den Besonderheiten dieser WG zählte es, dass einige der Bewohner oft erst im Alter nach Deutschland übergesiedelt waren – ihre deutschen Sprachkenntnisse waren daher nur minimal bis gar nicht ausgebildet. Für den Personenkreis, den wir in dieser WG betreuten, schien das aber überhaupt kein Problem zu sein. Weder die unterschiedlichen Sprachen noch die kulturellen Unterschiede oder die familiären Hintergründe.

Demenz scheint auch Grenzen zu überwinden und nicht nur Grenzen zu setzen.

**„Herausforderung“ Sexualität im Pflegealltag
Peter Offermanns, Dipl. Pflegewirt (FH)**

Für die Pflege bzw. das Pflegepersonal, das muss ich zugeben, sah das manchmal schon etwas anders aus mit den Grenzen.

Frau Weber stimmte nur dem Einzug in dieses „Kurhotel“ unter der Bedingung zu, dass sie und ihr Mann getrennte Zimmer bekämen. Das war machbar. Etwa 6 Monate nach ihrem Einzug begann Frau Weber sich für Herrn K. zu interessieren und Herr K. sich für Frau Weber.

Sie nahmen das Mittagessen gemeinsam ein, saßen zusammen bei Kaffee und Kuchen und trafen sich zum Abendbrot wieder. Nur beim Frühstück saß jeder für sich oder in den alten Gruppierungen am Tisch. Während der gemeinsamen Mahlzeiten steuerten sie wie von ungefähr auf einen Zweiertisch zu, der ein wenig abseits von den anderen größeren Tischen stand und setzten sich, anscheinend überrascht über sich selbst, auf den Stuhl. Dabei schauten sie sich an wie frisch Verliebte, berührten sich unauffällig zufällig und erröteten, wenn es passierte. Stutzig wurden wir aber erst, als wir sie ein paar Tage später im tiefen Gespräch versunken sahen, dass offensichtlich zu beider Glück und Zufriedenheit geführt wurde. Stutzig deshalb, weil keiner der Beiden weder die Sprache des jeweils anderen sprach noch sie verstand.

Eines Morgens kam der Nachtdienst ganz aufgeregt auf uns zugeschossen und verkündete atemlos, mit hochroten Wangen und voller Entsetzen, dass Herr K. sich ins Zimmer von Frau Weber hineingeschlichen habe und dort drei Stunden und zwanzig Minuten geblieben sei. Nämlich von 23:05 Uhr bis 02:25 Uhr. Sie habe genau auf die Uhr geguckt, setzte sie triumphierend hinzu und sei deshalb nicht dazu gekommen, andere Aufgaben durchzuführen. Und im Übrigen sei sie nicht bereit, «so was» zu unterstützen oder auch nur zu dulden, was auch immer sie mit «so was» meinte. Dazwischen gegangen sei sie nicht, aber sie habe genau hingehört, was die da so «getrieben» haben. Sie habe ja schließlich die Aufsichtspflicht. Auf die Frage, was sie denn gehört habe, sagte sie, dass sie eben nichts gehört habe, das sei ja das Fatale.

In diesem Moment ging die Tür von Frau Webers Zimmer auf und sie trat mit einem seligen Lächeln im Gesicht auf den Flur. «Nein, was laufen hier doch für reizende Kurgäste umher» trällerte sie, «das Hotel muss ich meinen Freundinnen weiterempfehlen». Das beruhigte uns ungemein. Hatten wir doch alle sofort an Unfreiwilligkeit und noch schlimmer, an Gewalteinwirkung gedacht.

Freiwilligkeit also ausgeschlossen aufgrund des Alters, aufgrund der Demenz, aufgrund unserer eigenen verqueren Moralvorstellungen über Sexualität und Alter. Wir hatten immerhin die Einsicht, uns zu schämen.

Wir beobachteten Frau Weber und Herrn K. noch eine Weile; stellten aber nie etwas anderes bei ihnen fest als große Zufriedenheit und gegenseitige Zuneigung.

Ein Problem, dass wir nie bedacht hatten, kam indes von Frau Webers Sohn. Wir fühlten uns verpflichtet, ihn als Betreuer seiner Mutter, von der Verbindung seiner Mutter mit Herrn K. zu unterrichten. In einem Gespräch erklärte ich ihm, wie gut es seiner Mutter gehe, was von ihm bestätigt wurde und gab als **einen** Grund auch diese Verbindung an. Seine Reaktion darauf hat mich völlig überrascht.

Er war fassungslos, verstört und unendlich peinlich berührt. Er verlangte, die beiden sofort zu trennen, wenn nötig auch unter Zwang. Ich weigerte mich und gab zu verstehen, dass ich von der Freiwilligkeit beider ausgehe und davon überzeugt sei, dass ihnen diese Beziehung gut tue. Daraufhin wurde er sehr wütend. Seine Mutter «sei nicht so eine» meinte er und verbiss sich in den Gedanken, dass seiner Mutter Gewalt angetan worden sei. Ihr eine Freiwilligkeit zu unterstellen, sei eine Frechheit und auf die Steigerung der Lebensqualität hinzuweisen eine Unverschämtheit. Die, wie **ich** meine, **nicht** eingestandene Scham über diese «unwürdige» Greisin ließ ihn fast auf eine Vergewaltigung hoffen, um ihr damit die Absolution erteilen zu können. Die Vorstellung einer gelebten Sexualität im Alter und insbesondere die seiner Mutter, schien ihm mehr als absurd. Sie war vollkommen unmöglich.

Vierzehn Tage später verließen Frau Weber und ihr Mann auf Veranlassung ihres Sohnes und zur ihrer und Herrn K's. großer Verwirrung die WG.

ENDE

„Herausforderung“ Sexualität im Pflegealltag
Peter Offermanns, Dipl. Pflegewirt (FH)

Hier stellen sich uns einige Fragen:

- In welchem Umfang sollten andere über die Beziehung von Bewohnern entscheiden dürfen?
- Haben andere das Recht, Verhaltensnormen aufzustellen, solange nicht gegen Gesetze verstoßen wird?
- Wer entscheidet und wie?

Eine Person hat doch eigentlich das Recht, so viele Entscheidungen zu treffen, wie es ihr möglich ist. Auch eine demenziell erkrankte Person.

Ich hoffe, dass heute eine, wie eben beschriebene Vorgehensweise, eher der Vergangenheit angehört. Spreche ich mit den Pflegekräften in unserem Unternehmen, so ist die Sexualität der Klienten anscheinend kein Tabu und kein Problem mehr.

Immer vorausgesetzt, dass die gerade anwesende Pflegekraft Sexualität nicht tabuisiert und die (vielleicht) eigenen Vorurteile sich in der Beziehung zum Klienten widerspiegelt.

Und es ist sinnlos, Menschen mit Demenz zu erklären, dass ihre sexuellen Gelüste, Wünsche oder hemmungslosen Verhaltensweisen unangemessen sind. Sie werden es nicht verstehen und ihr Verhalten fortsetzen.

Wie können wir das „Problem“ lösen?

Aber – wer hat denn ein Problem damit?

Der Bewohner, der an Demenz erkrankt ist, die professionellen Betreuer, wir Pflegekräfte oder die Angehörigen? Oft sind es die „Profis“, die «unangemessenes sexuelles Verhalten» als Problem festlegen.

Was wird als unangemessen wahrgenommen?

- Sich entkleiden, öffentlich oder im eigenen Zimmer
- Zu masturbieren, öffentlich oder im eigenen Zimmer
- unerwünschte Berührungen, Gesten oder anzügliche Äußerungen
- das Schlafzimmer anderer Bewohner betreten und sich dort ins Bett legen
- mit einem anderen Bewohner eine Beziehung unterhalten, der nicht der (Ehe-)Partner ist, obwohl der (Ehe-)Partner täglich zu Besuch kommt.

Wir müssen offen sein für Lösungen, die die Lebensqualität des Klienten verbessert. Wir müssen akzeptieren, dass Lösungen für den Klienten nicht meinem eigenen Konzept und meiner Idee von „Lebensqualität“ entsprechen müssen.

Wir dürfen nicht vergessen: wir, die Pflegenden / die Angehörigen sind mit den moralischen Werten unserer Zeit groß geworden und werden entsprechend diesem Werteindex handeln bzw. denken. Es werden ebenfalls, vielleicht unbewusst, unsere eigenen Erfahrungen mit Sexualität in unser Handeln mit einfließen. Angesichts der Komplexität des Themas, der unterschiedlichen Lebensgeschichten und Identitäten, gibt es keine richtigen Wege, nur bessere! → Wir müssen sie verstehen und respektieren.

Helfen können uns dabei ein paar (pflegerische) Grundsätze:

- Wir korrigieren unsere Vorstellungen vom asexuellen Altern, d.h. wir erkennen an, dass Sexualität nicht mit dem Alter aufhört! Das schließt uns selbst, unsere Eltern oder Großeltern mit ein.
- Wir setzen **nicht** Heterosexualität als allgemeingültig voraus!
- Wir schaffen Freiräume für unsere Klienten, wo Freiräume gewünscht werden!
- Wir sind vorbereitet auf die Konfrontation mit sexuellen Wünschen von Bewohnerinnen und Bewohnern!
- Wir können unvoreingenommen darüber reden: mit dem Bewohner / der Bewohnerin, im Team!

„Herausforderung“ Sexualität im Pflegealltag
Peter Offermanns, Dipl. Pflegewirt (FH)

Können wir Lösungen anbieten? Ja, das können wir. z.B. Bildmaterial besorgen lassen; oder es kann Kontakt mit einer Sexualassistentin oder einem Sexualassistenten hergestellt werden. → Wie ist die Finanzierung? → (Wir haben das probiert und das Ergebnis ist mehr als befriedigend. Die betroffene Person ist entspannter, seit sie besucht wird, ist weniger aufdringlich oder zeigt weniger aggressive Verhaltensweisen. Das kommt auch der Wohnatmosphäre sehr zugute.)

Wir unterstützen professionelle und diskrete Beratung! → Wie kann das Aussehen? Wir können mit dem betroffenen Menschen darüber reden, was sie oder er wünscht. Ist dies aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz nicht mehr möglich, können wir Angehörige darauf ansprechen und nach Lösungen suchen.

Gespräche dieser Art sind nicht immer einfach, weder für die Pflegekräfte, noch für die Betroffenen, noch für die Angehörigen. Manch einer ist peinlich berührt und schämt sich. Das Verlangen eines Elternteils, eines Ehepartners nach Sexualität wird als **würdelos** empfunden, als beschämend.

Aber nicht der betroffene Mensch verliert seine Würde, sondern wir lassen zu, dass sie ihm genommen wird, indem wir leugnen, dass es unsere eigene Problematik ist, die uns beschämt, dass es unser eigenes Tabu ist, vor dem wir uns fürchten. Solche Gespräche sind schwer und erfordern Mut.

Ich weiß das, weil ich Krankenpfleger bin und solche Gespräche geführt habe. Und ich weiß das, weil ich **auch** „Sohn“ bin.

Ein anderer pflegerischer Grundsatz ist die Fähigkeit, klare Grenzen zu setzen, d.h. wir stehen für die pflegerische Einhaltung professioneller **Nähe und Distanz**. Um körperliche Nähe professionell erträglich zu machen, brauchen Pflegenden diese Grenzen, die sie einhalten müssen. Dazu gehören:

- Höflichkeit im Umgang miteinander
- Freundlichkeit
- Respekt

Das hört sich alles so einfach an: Schauen wir da mal genauer hin.

- Wir respektieren die Würde der Person sowie ihren kulturellen und sozialen Hintergrund!
- Wir bitten um Erlaubnis, jemanden zu berühren! Auch den demenziell erkrankten Menschen. Auch wenn wir annehmen, dass meine Bitte nicht mehr verstanden wird (bei der Körperpflege, bei intimen Verrichtungen, etc.).
- Wir achten darauf, dass Berührungen bei der Körperpflege nicht sexuell interpretiert werden! Tragen Sie bitte immer Handschuhe bei der Intimpflege; plaudern Sie über nicht sexuell interpretierbare Themen. Erklären sie, bevor sie den Körper berühren, was sie vorhaben.
- Wir akzeptieren die Entscheidungsfreiheit unserer Klienten und deren Angehörigen (z.B. für Besuchs- und Übernachtungsmöglichkeiten), die Privatsphäre, das Recht auf Gestaltung des eigenen Lebens, des eigenen Zimmers, auf ein Doppelbett, das Recht auf Mündigkeit ...

Professionelle Nähe und Distanz beschreibt einerseits das Zusammenspiel von körperlicher **Nähe und Empathie**. Andererseits ist die **Fähigkeit** gemeint, zu den eigenen Gefühlen **vorübergehend** in Distanz zu treten.

Hier wird den Pflegekräften einiges abverlangt. Gerade in der Pflege demenziell erkrankter Menschen fordert der Expertenstandard **„Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ von 2018**, dass, ich zitiere: „Jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz Angebote zur Beziehungsgestaltung erhält, **die das Gefühl**, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern.“ Zitat Ende.

„Herausforderung“ Sexualität im Pflegealltag
Peter Offermanns, Dipl. Pflegewirt (FH)

Und dazu gehört natürlich auch der Wunsch nach „Sexualität“. Pflegekräfte werden also aufgefordert, ganz aktiv an der **„Beziehungsgestaltung“** mit demenziell erkrankten Menschen mitzuwirken. Dafür gibt es leider keine Gebrauchsanweisung. Wir müssen mehr oder weniger selber herausfinden, wie das denn geht.

Wir sollen also aktiv an der **Beziehungsgestaltung** mitwirken, aber was beinhaltet das denn?

Beziehungsgestaltung hat drei Elemente zum Inhalt:

1. **Akzeptanz** → Das ist die wertschätzende Anteilnahme und bedingungsfreie Zuwendung. Ich akzeptiere, wie der Andere ist und meine Zuwendung ist nicht an Bedingungen geknüpft. (z.B. „Wenn sie jetzt nicht aufhören zu schreien, bekommen Sie keinen Kaffee.“)
2. **Empathie** → Das bedeutet ein „**nicht wertendes** Sich – Einfühlen“. Ich bewerte nicht die Person in ihrem „Personsein“ und ich **versuche**, mich einzufühlen. Das kann, aber das muss mir nicht gelingen. Mein empathisches, nicht wertendes Verhalten der Person gegenüber, bleibt davon unberührt, egal, ob das „sich Einfühlen“ gelingt oder nicht.
3. **Echtheit** oder Kongruenz → Das ist die Übereinstimmung mit sich / mit mir selbst. Ich bleibe ich selbst. Ich spiele nichts vor. Wenn ich zu Frau Meier sage: „Sehen Sie heute gut aus!“ dann meine ich das auch so. Und wenn ich das nicht finde, dann schweige ich einfach. Demenziell erkrankte Menschen merken schnell, wenn wir ihnen nur etwas vorspielen.

Beziehungsgestaltung bedeutet **nicht**, dass wir uns mit unseren Klienten identifizieren!

Identifikation in der Pflege ist eher Respektlosigkeit: Wer sich identifiziert, glaubt an sich selbst zu erleben, was die andere Person fühlt. **Das können wir nicht!**

Nähe und Distanz in der Pflege sind grundlegende Themen sowohl für Pflegenden als auch Gepflegte. Distanzlosigkeit kommt auf beiden Seiten vor, bei Pflegenden und Gepflegten, wenn „**Grenzen**“ nicht eingehalten werden. Zum Beispiel:

- enge Kontaktsuche ohne zu fragen
- Übergriffige Kommunikationsformen (Du, Oma, Opa, Verniedlichungen, wie Schätzchen, Mäuschen etc. es sei denn, es wird ausdrücklich gewünscht und eingefordert)
- Erzwingen von Nähe, trotz Zurückweisung
- ungefragte Verletzung der Intimsphäre

Distanzlosigkeit bringt Pflegenden in Situationen, die schwer zu händeln sind, egal, von wem sie ausgeht. Auf Pflegekräfte übertragene sexuelle Wünsche / Ansprüche gehören sicherlich auch dazu.

Wir müssen unterscheiden, ob die Verletzung der Grenzen seitens pflegebedürftiger Menschen **krankheitsbedingt** sein kann. Das trifft zu bei:

- Genetisch oder unfallbedingter Schädigung bestimmter Hirnregionen
- Demenzielle Erkrankungen
- Psychiatrischen Krankheitsbilder
- Medikamentös bedingte Enthemmung (bei manchen Psychopharmaka)

Eines sollte jedoch **ALLEN** klar sein: Die Verabreichung von Medikamenten, die den Betroffenen **sediert** oder sogar chemisch **kastriert**, trägt **nicht** zu einer «Problemlösung» bei.

Und ich möchte zum Schluss mal ganz besonders uns Pflegenden danken, aber auch den pflegenden Angehörigen, dass wir meistens einen wirklich guten Job machen, ohne dass wir richtig gut auf die Unwägbarkeiten und Herausforderungen in diesem Arbeitsfeld vorbereitet wurden. Ja, Pflege ist und muss auch Expertenwissen sein und muss weiterentwickelt werden. Aber Pflege braucht auch eine gute Portion Improvisationstalent, Humor und ein positives Menschenbild. Ohne das, wäre diese Arbeit gar nicht möglich.